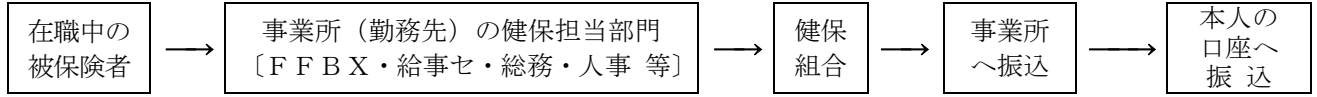


《 健保記入欄 》

金 額
円
備考

《申請から給付の流れ》



【卒煙達成】補助金請求書

太枠内のみご記入ください。

※「エントリーシート」を先に提出して下さい。
補助金請求書は、六ヶ月間の卒煙達成後にすみやかに提出。

被保険者証	記号		被保険者氏名
	番号		
禁煙の種類 <small>○をつけてください</small>	(A)禁煙外来 ・ (B)禁煙補助薬 ・ (C)オンライン禁煙プログラム <small>※保険診療で受けた治療が補助対象です。領収書が『保険診療』であることをご確認ください</small>		
受診医療機関名 <small>※禁煙補助薬の場合：購入薬名称 オンライン禁煙の場合：「オンライン禁煙」と記入</small>			
禁煙活動の期間		自. 年 月 日	
		至. 年 月 日	
被保険者の自己負担額 <small>※オンライン禁煙の場合：参加費含む</small>			円
上記の通り申請し、本申請書に基づく補助金の受領を事業主へ委任いたします。			
富士フィルムグループ健康保険組合常務理事殿			
年 月 日			
被保険者 住 所			
氏 名			

補助金請求権は、卒煙達成から二年で時効となります。

●対象者 および 補助金額

1. 対象者：在職中の被保険者かつ、卒煙達成時(6か月後)在職中の被保険者。過去に禁煙費用補助を受けておらず、保険診療適用条件を満たしていること。

《保険診療適用条件》

- ① 患者自らが禁煙を望む
- ② ニコチン依存症診断用のスクーリングテスト(TDS)の結果が5点以上(ニコチン依存症)
- ③ 35歳以上の方は、プリンクマン指数(1日の喫煙本数×喫煙年数)が200以上
- ④ 禁煙治療について説明を受け、その禁煙治療を受けることを文書により同意した被保険者

2. 補助金額：治療自己負担金額に対して10,000円を上限として補助金を支給。
自己負担額が10,000円未満の場合は、その額とする。

3. 補助条件：3回以上の医師の診察を受けること((B)補助薬を除く)。また6ヶ月経過時点で禁煙が確認できたうえ、【(A)禁煙外来・(B)禁煙補助薬は各事業所医療職、または卒煙者の上司】、【(C)オンライン禁煙は、現時点では卒煙証明なし】。

4. 補助回数：(A)/(B)/(C)いずれかで、在職中に卒煙を達成した1回のみ。((A)(B)のエントリーは卒煙が達成できるまで複数回可能。) ※(C)オンライン禁煙プログラムの参加は1回限り。

●添付書類： 該当するものの必要書類を健保業務担当部門(FFBX・給事セ・総務・人事等)宛提出。
(A)禁煙外来：[禁煙外来終了証明]・[卒煙証明]・禁煙外来に要した費用の領収書(コピー可)
(B)禁煙補助薬：[卒煙証明]・薬局等で購入時の領収書(コピー可)
(C)オンライン禁煙：現時点では、卒煙証明書なし

●支払方法： 毎月15日締め、翌月25日支払いで各事業所口座へ支払い。